

**REGIONE CALABRIA**

Proposta di DCA n. 95 del 22/05/2019

Registro proposte del Dipartimento tutela della Salute

**DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA**

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018)

DCA n. 88 del 23 MAG. 2019

**OGGETTO: Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266" – Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA).-**

Il Dirigente Generale  
Dott. Antonio Belcastro



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DCA n. 88 del 23 MAG. 2019

**OGGETTO: Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266".-** MAG 2

#### **IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTO** l'articolo 120, Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 1, legge 5 Giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

#### **RICHIAMATE**

- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali, è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario della Regione Calabria il Gen. Dott. Saverio Cotticelli;
- la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare per proseguire nell'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:
  - 1) Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
  - 2) Completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del

- Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 3) Definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
  - 4) Monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
  - 5) Revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
  - 6) Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
  - 7) Completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
  - 8) Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
  - 9) Razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
  - 10) Interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
  - 11) Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
  - 12) Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale;
  - 13) Sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e sm.i.;
  - 14) Attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
  - 15) Definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
  - 16) Interventi per la razionalizzazione della spesa relativa alla medicina di base;
  - 17) Adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
  - 18) Rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
  - 19) Puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio Sanitario Regionale;
  - 20) Puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
  - 21) Conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
  - 22) Puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

- 23) Prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;
- 24) Programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011. n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale,

**DATO ATTO** che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri dispone, tra l'altro, la cessazione con decorrenza dalla stessa data di adozione del 7/12/2018 dell'incarico di Commissario a suo tempo conferito all'Ing. Massimo Scura (giusta CIPECM 12.03. 2015),

**RICHIAMATA**

- la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale è stato nominato Thomas Schael sub commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- la DGR n. 642 del 18/12/2018 con la quale è stato individuato, a conclusione della procedura di cui all'avviso pubblico del 15 giugno 2018, il dott. Antonio Belcastro quale Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Giunta della Regione Calabria e il DPGR n. 140 del 9/12/2018 con cui gli è stato conferito l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;

**VISTI** l'Accordo Stato-Regioni Rep Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 DCA n. 4 dell'11/01/2016 concernente "*Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*";

**CONSIDERATO** che la summenzionata Intesa al punto 2. "*Linee di intervento che le Regioni garantiscono per il Governo delle Liste d'Attesa nei Piani regionali*" prevede che <<*entro 60 giorni dalla stipula dell'intesa, le Regioni (...) provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)*>> ,

**RITENUTO** pertanto di:

- recepire integralmente il predetto Accordo Stato-Regioni Rep Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 DCA n. 4 dell'11/01/2016 e allegarlo al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) in pedissequa applicazione della citata Intesa e da ritenersi integralmente sostitutivo di quello approvato con DPGR n. 126/2011;
- stabilire che il Dipartimento Tutela della Salute, anche attraverso l'attività di appositi Gruppi di lavoro da costituire con la partecipazione di referenti delle Aziende del SSR, provveda all'adozione dei necessari successivi atti finalizzati alla completa attuazione di quanto previsto nel suddetto PRGLA, fornendo alle stesse Aziende indicazioni necessarie per i conseguenti adempimenti di competenza,

Sulla scorta dell'istruttoria effettuata

**DECRETA**

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

**DI RECEPIRE** integralmente l'Accordo Stato-Regioni Rep Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "*Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*", allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale (**ALL. 1**);

**DI ADOTTARE** il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) in pedissequa applicazione della citata Intesa, allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale (**ALL. 2**);

**DI DARE ATTO** che l'adottando PRGLA è da ritenersi integralmente sostitutivo di quello approvato con DPGR n. 126/2011;

**DI STABILIRE** che il Dipartimento Tutela della Salute, anche attraverso l'attività di appositi Gruppi di lavoro da costituire con la partecipazione di referenti delle Aziende del SSR, provveda all'adozione dei necessari successivi atti finalizzati alla completa attuazione di



quanto previsto nel suddetto PRGLA, fornendo alle stesse Aziende indicazioni necessarie per i conseguenti adempimenti di competenza;

**DI DARE MANDATO** alla segreteria della Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute per gli adempimenti consequenziali;

**DI INVIARE** il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro", dedicato alla documentazione relativa ai Piani di rientro;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente Generale del dipartimento regionale Tutela della Salute per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

**Il Sub Commissario**  
**Thomas Schael**



**Il Commissario ad acta**  
**Gen. Dott. Saverio Cotticelli**





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rep. Atti n. *28 / CSR del 21 febbraio 2019*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 Febbraio 2019.

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede, tra l'altro che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato - Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale prevede la verifica del Ministero della Salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

VISTO l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 marzo 2006, Rep. Atti n. 25;

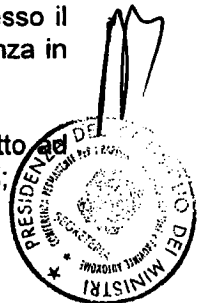
VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 ottobre 2019 rep. atti n. 189;

VISTA l'Intesa tra il Governo, la Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul recepimento del documento tecnico riguardante la disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento, di cui all'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 20 dicembre 2012, Rep. Atti n. 259;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017" definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza , di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;

VISTA la nota in data 28 novembre 2018 con la quale il Ministero della Salute ha trasmesso il provvedimento indicato in epigrafe, diramato dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 3 dicembre 2018;

VISTI gli esiti delle riunioni tecniche tenutesi il 9 gennaio e il 19 febbraio che hanno condotto una riformulazione di alcune parti del documento, in accoglimento delle richieste delle Regioni;



*BP*



*Presidente del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la nota del 21 febbraio 2019 con il quale il Ministero della Salute ha inviato la versione definitiva del provvedimento indicato in oggetto, contestualmente diramata dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza;

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

**PREMESSO CHE**

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 che definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;

l'articolo 52, comma 4, lettera c) della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 il quale dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa;

l'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

l'articolo 1, comma 282 della suddetta Legge 23 dicembre 2005 n. 266, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa, a garanzia della tutela della salute dei cittadini, stabilisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni e Province Autonome sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della Salute;

il comma 5, dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 2003, e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'Economia e delle Finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo

PP





## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

### CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

2008, che disciplinano la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e), della Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

l'Intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010, rep. atti n. CSR/52 che definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;  
il D.M. 8 luglio 2010 n. 135 sul regolamento recante "Integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità;

il decreto 2 novembre 2011 del Ragioniere Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Capo del Dipartimento della qualità del Ministero della Salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 12 novembre 2011, n. 264, recante norme in materia di "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010";

### SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021 (Allegato A); sulle Linee Guida relative alle modalità di Trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B); sul Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione dei RAO (Allegato C) ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e Province autonome di adottare diversi modelli di governo clinico; sul Glossario in materia di Liste di Attesa (Allegato D)", parte integrante del presente atto e nella versione diramata in data 21 febbraio 2019.

IL SEGRETARIO  
Cons. Eugenio Galozzi



IL PRESIDENTE  
Sen. Erika Stefani



## ALLEGATO N. 2 al

### DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'*articolo 2, comma 88, legge 23 dicembre 2009, n. 191*, nominato con *Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018*)  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2019

### PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

#### PREMESSA

A distanza di circa otto anni dal varo del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA), adottato con DPGR n. 126/2011, non possiamo certo affermare che tutte le criticità all'epoca riscontrate siano state integralmente superate, ma è innegabile che sono stati fatti significativi passi in avanti.

Il sistema regionale CUP, se pure non nell'allora auspicata forma del CUP unico regionale, ha trovato un suo assetto semplificato e, forse, logisticamente più adeguato, con l'individuazione di tre Aree (Nord, Centro e Sud) il Progetto "Mattone SSN-tempi d'attesa" significativamente recita: <<*il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta oggi una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti con il sistema sanitario e, allo stesso tempo, rappresenta anche la prima risposta che egli riceve dal sistema stesso quando presenta una richiesta. Il problema è fortemente sentito a livello internazionale e presenta, nonostante i continui studi ed interventi, una progressiva tendenza all'accentuazione della criticità*>>.

Nella prospettiva di una sostanziale riduzione di tale fenomeno e di poter garantire a tutti i pazienti prestazioni sanitarie definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza e, in quanto tali, nel rispetto dei principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità, con *Intesa* sancita in data 28 ottobre 2010, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha approvato il *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)* per il triennio 2010/2012.

Detto Piano ha fissato precisi principi e linee-guida cui le Regioni devono attenersi nella stesura dei propri Piani Regionali.

Il presente Piano rappresenta la traduzione in ambito regionale dei principi e linee-guida di cui sopra e, nelle more dell'auspicata estensione all'offerta privata, si rivolge agli erogatori pubblici di prestazioni sanitarie, ossia Aziende Sanitarie Provinciali ed Aziende Ospedaliere.

Peraltro, ai fini di una opportuna razionalizzazione del fenomeno, in attesa della realizzazione di un sistema centralizzato di CUP regionale, si ritiene opportuno, preliminarmente, individuare gli *ambiti territoriali* in cui i tempi massimi di attesa devono essere garantiti, delineando, nell'ambito di essi, il percorso diagnostico-terapeutico attraverso il quale indirizzare il paziente.

Successivamente, al fine di una conseguente agevolata consultazione del presente documento, verranno individuate alcune *aree tematiche* direttamente interessate dal fenomeno delle liste d'attesa, sulla scorta delle quali sarà possibile rilevare con adeguata precisione e sollecitudine le professionalità e responsabilità variamente coinvolte nella gestione del paziente.



## 1. AREE TERRITORIALI

Come si anticipava nella premessa, nonostante l'assetto del Servizio Sanitario Regionale continui ad essere articolato in cinque Aziende Sanitarie Provinciali e quattro Aziende Ospedaliere, s'è ritenuto opportuno, anche alla luce della conformazione orogeografica del territorio, semplificare l'organizzazione territoriale, individuando tre Aree territoriali:

- A. AREA NORD: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, afferenti all'ASP di Cosenza ed all'A.O. "Annunziata";
- B. AREA CENTRO: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, afferenti alle AA.SS.PP. di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia nonché all'A.O. "Pugliese-Ciaccio" ed all'A.O.U. "Mater Domini";
- C. AREA SUD: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, afferenti all'ASP di Reggio Calabria ed all'A.O. "Bianchi-Melacrino-Morelli".

## 2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA

In aderenza alle indicazioni del PNGLA, è intendimento della Regione Calabria fare ogni sforzo per garantire ai propri assistiti i tempi massimi di attesa per come di seguito specificato.

### 2.1 Prestazioni ambulatoriali e strumentali

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali e strumentali, sono individuate le seguenti *classi di priorità* e tempi massimi di attesa:

- **U (Urgente):** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**. Trattasi di prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi del paziente o influenza sensibilmente il dolore, la disfunzione o la disabilità dello stesso.
- **B (Breve):** da eseguire **entro 10 giorni**. Trattasi di prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi del paziente o influenza sensibilmente il dolore, la disfunzione o la disabilità dello stesso.
- **D (Differibile):** da eseguire **entro 30 giorni** per le visite; **entro 60 giorni** per gli accertamenti diagnostici. Trattasi di prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi del paziente né influenza il dolore, la disfunzione o la disabilità dello stesso.
- **P (Programmata):** da eseguire **entro 120 giorni**. Trattasi di prestazione che può essere programmata in quanto non condiziona la prognosi del paziente né influenza il dolore, la disfunzione o la disabilità.

In caso di mancata indicazione della classe di priorità, la prestazione richiesta è da intendersi di classe "P".

### 2.2 Prestazioni di ricovero

Con riferimento alle prestazioni di ricovero, sono individuate le seguenti *classi di priorità* e tempi massimi di attesa:

- classe **A**: ricovero entro **30 giorni** per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- classe **B**: ricovero entro **60 giorni** per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa recare grave pregiudizio alla prognosi;
- classe **C**: ricovero entro **180 giorni** per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa recare

grave pregiudizio alla prognosi;

- classe **D**: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non presentano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro **12 mesi**.

### 3. PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

In ossequio alle indicazioni espresse dal Progetto "Mattoni SSN", che evidenziava l'opportunità <<che le verifiche sui tempi di attesa si concentrino su di un numero limitato di prestazioni, scelte tra quelle che presentano criticità od assumano particolare significatività>>, l'art. 3 del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (di seguito **PNGLA**) individua tre gruppi di prestazioni oggetto di monitoraggio, ossia:

- Prestazioni ambulatoriali;
- Prestazioni in regime di ricovero;
- Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali nell'Area Cardiovascolare ed Oncologica.

#### 3.1 Prestazioni Ambulatoriali

Il **PNGLA** individua n. 69 prestazioni oggetto di monitoraggio, di cui n. 14 visite specialistiche e n. 55 Prestazioni strumentali.

##### 3.1.1 Visite specialistiche

| N. | PRESTAZIONE                        | CODICE NOMENCLATORE | CODICE BRANCA | CODICE LEA |
|----|------------------------------------|---------------------|---------------|------------|
| 1  | Prima visita cardiologica          | 89.7                | 02            | 89.7A.3    |
| 2  | Prima visita chirurgica vascolare  | 89.7                | 05            | 89.7A.6    |
| 3  | Prima visita endocrinologica       | 89.7                | 09            | 89.7A.8    |
| 4  | Prima visita neurologica           | 89.13               | 15            | 89.13      |
| 5  | Prima visita oculistica            | 95.02               | 16            | 95.02      |
| 6  | Prima visita ortopedica            | 89.7                | 19            | 89.7B.7    |
| 7  | Prima visita ginecologica          | 89.26               | 20            | 89.26.1    |
| 8  | Prima visita otorinolaringoiatrica | 89.7                | 21            | 89.7B.8    |
| 9  | Prima visita urologica             | 89.7                | 25            | 89.7C.2    |
| 10 | Prima visita dermatologica         | 89.7                | 27            | 89.7A.7    |
| 11 | Prima visita fisiatrica            | 89.7                | 12            | 89.7B.2    |
| 12 | Prima visita gastroenterologica    | 89.7                | 10            | 89.7A.9    |
| 13 | Prima visita oncologica            | 89.7                | 18            | 89.7B.6    |
| 14 | Prima visita pneumologica          | 89.7                | 22            | 89.7B.9    |

##### 3.1.2 Prestazioni strumentali

| N.                              | PRESTAZIONE   | CODICE NOMENCLATORE | CODICE LEA |
|---------------------------------|---|---------------------|------------|
| <b>Diagnostica per immagini</b> |   |                     |            |
| 1                               | Mammografia bilaterale ER<br>Mammografia bilaterale | 87.37.1             | 87.37.1    |
| 2                               | Mammografia monolaterale                            | 87.37.2             | 87.37.2    |

| N. | PRESTAZIONE   | CODICE NOMENCLATORE | CODICE LEA       |
|----|---|---------------------|------------------|
| 3  | TC del Torace   | 87.41               | 87.41            |
| 4  | TC del Torace senza e con contrasto   | 87.41.1             | 87.41.1          |
| 5  | TC dell'Addome superiore  | 88.01.1             | 88.01.1          |
| 6  | TC dell'Addome superiore senza e con contrasto  | 88.01.2             | 88.01.2          |
| 7  | TC dell'Addome inferiore  | 88.01.3             | 88.01.3          |
| 8  | TC dell'Addome inferiore senza e con contrasto  | 88.01.4             | 88.01.4          |
| 9  | TC dell'Addome completo   | 88.01.5             | 88.01.5          |
| 10 | TC Addome completo senza e con contrasto  | 88.01.6             | 88.01.6          |
| 11 | TC Cranio-Encefalo  | 87.03               | 87.03            |
| 12 | TC Cranio-Encefalo senza e con contrasto  | 87.03.1             | 87.03.1          |
| 13 | TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale   | 88.38.1             | 88.38.A          |
| 14 | TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico  | 88.38.1             | 88.38.B          |
| 15 | TC del Rachide e dello speco vertebrale lombo-sacrale   | 88.38.1             | 88.38.C          |
| 16 | TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con contrasto   | 88.38.2             | 88.38.D          |
| 17 | TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con contrasto  | 88.38.2             | 88.38.E          |
| 18 | TC del Rachide e dello speco vertebrale lombo-sacrale senza e con contrasto                                       | 88.38.2             | 88.38.F          |
| 19 | TC di Bacino ed articolazioni sacroiliache  | 88.38.5             | 88.38.5          |
| 20 | RM di Encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio-spinale e relativo distretto vascolare                       | 88.91.1             | 88.91.1          |
| 21 | RM di Encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio-spinale e relativo distretto vascolare senza e con contrasto | 88.91.2             | 88.91.2          |
| 22 | RM di Addome inferiore e Scavo pelvico  | 88.95.4             | 88.95.4          |
| 23 | RM di Addome inferiore e Scavo pelvico senza e con contrasto  | 88.95.5             | 88.95.5          |
| 24 | RM della Colonna in toto  | 88.93               | 88.93.6          |
| 25 | RM della Colonna in toto senza e con contrasto  | 88.93.1             | 88.93.B          |
| 26 | Diagnostica ecografica del Capo e Collo   | 88.71.4             | 88.71.4          |
| 27 | Ecocolordopplergrafia cardiaca  | 88.72.3             | 88.72.3          |
| 28 | Ecocolordopplergrafia dei tronchi sovra aortici   | 88.73.5             | 88.73.5          |
| 29 | Ecografia dell'Addome superiore   | 88.74.1             | 88.74.1          |
| 30 | Ecografia dell'Addome inferiore   | 88.75.1             | 88.75.1          |
| 31 | Ecografia dell'Addome completo  | 88.76.1             | 88.76.1          |
| 32 | Ecografia bilaterale della Mammella   | 88.73.1             | 88.73.1          |
| 33 | Ecografia monolaterale della Mammella   | 88.73.2             | 88.73.2          |
| 34 | Ecografia Ostetrica   | 88.78               | 88.78            |
| 35 | Ecografia Ginecologica  | 88.78.2             | 88.78.2          |
| 36 | Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso   | 88.77.2             | 88.77.4, 88.77.5 |

| Altri Esami specialistici |   |                     |                  |
|---------------------------|---|---------------------|------------------|
| N.                        | PRESTAZIONE   | CODICE NOMENCLATORE | CODICE LEA       |
| 37                        | Colonscopia totale con endoscopio flessibile  | 45.23               | 45.23            |
| 38                        | Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica  | 45.42               | 45.42            |
| 39                        | Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile   | 45.24               | 45.24            |
| 40                        | Esofagogastroduodenoscopia  | 45.13               | 45.13            |
| 41                        | Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica  | 45.16               | 45.16.1, 45.16.2 |
| 42                        | Elettrocardiogramma   | 89.52               | 89.52            |
| 43                        | Elettrocardiogramma dinamico (Holter)   | 89.50               | 89.50            |
| 44                        | Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile   | 89.41               | 89.41            |
| 45                        | Altri test cardiovascolari da sforzo  | 89.44               | 89.44            |
| 46                        | Esame audiometrico tonale   | 95.41.1             | 95.41.1          |
| 47                        | Spirometria semplice  | 89.37.1             | 89.37.1          |
| 48                        | Spirometria globale   | 89.37.2             | 89.37.2          |
| 49                        | Fotografia del <i>fundus</i>  | 95.11               | 95.11            |
| 50                        | Elettromiografia semplice (EMG) per Arto superiore— Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2   | 93.08.1             | 93.08.A          |
| 51                        | Elettromiografia semplice (EMG) per Arto inferiore— Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2   | 93.08.1             | 93.08.B          |
| 52                        | Elettromiografia semplice (EMG) del Capo— Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Escluso: EMG dell'Occhio (95.25) e Polissonnografia (89.17)   | 93.08.1             | 93.08.C          |
| 53                        | Elettromiografia semplice (EMG) del Tronco— Analisi qualitativa fino a 4 muscoli  | 93.08.1             | 93.08.D          |
| 54                        | Valutazione dinamica del cammino— Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associata ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a Analisi della cinematica e della Dinamica del passo (93.05.7) | 93.08.1             | 93.08.E          |
| 55                        | EMG dinamica dell'Arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)  | 93.08.1             | 93.08.F          |

In sede di prenotazione delle prestazioni di cui trattasi (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il medico prescrittore (MMG, PLS etc.) deve obbligatoriamente e precisamente indicare:

- se trattasi di *primo accesso* (prima visita o primo esame) oppure di *accesso successivo al primo* (*visita di controllo, follow up*). Per primo accesso si intende il primo contatto che il paziente ha con la Struttura sanitaria ospedaliera per il proprio specifico problema di salute ovvero gli accessi di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia. Rientrano, invece, tra gli accessi successivi al primo, i controlli successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso nonché le visite finalizzate ad un approfondimento diagnostico ovvero le prestazioni con indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta;
- il *quesito diagnostico o diagnosi* (anche *sospetta*);
- la *classe di priorità* della prestazione richiesta, a scelta tra quelle di cui al *punto 2.1*

Il monitoraggio delle prestazioni è circoscritto ai *primi accessi* (prima visita o primo esame). Sono

esclusi gli *accessi successivi al primo* (visite di controllo, follow up), le prestazioni di *screening* e quelle con classe di priorità U (Urgente).

### **3.2 Prestazioni di ricovero**

In sede di prenotazione delle prestazioni di ricovero il medico prescrittore (MMG, PLS, Specialista ospedaliero) deve obbligatoriamente indicare la classe di priorità come previsto dal *punto 2.2*.

Il PNGLA individua n. 17 prestazioni oggetto di monitoraggio:

| N. | PRESTAZIONE                                   | CODICE INTERVENTO ICD-9-CM   | CODICE DIAGNOSI ICD-9-CM                 |
|----|---|--|--|
| 1  | Interventi chirurgici tumore maligno Mammella | 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x                             | 174.x, 198.81, 233.0                     |
| 2  | Interventi chirurgici tumore maligno Prostata | 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.96, 60.97    | 185, 198.82                              |
| 3  | Interventi chirurgici tumore maligno Colon    | 45.7x, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1                                | 153.x, 197.5                             |
| 4  | Interventi chirurgici tumore maligno Retto    | 48.49, 48.5, 48.6x   | 154.x, 197.5                             |
| 5  | Interventi chirurgici tumore maligno Utero    | da 68.3 a 68.9   | 179, 180, 182.x, 183, 184, 198.6, 198.82 |
| 6  | Interventi chirurgici Melanoma                | 86.4   | 172.x                                    |
| 7  | Interventi chirurgici tumore maligno Tiroide  | 06.2, 06.3x, 06.4, 06.5, 06.6  | 193                                      |
| 8  | By-pass aortocoronarico                       | 36.1x  |  |
| 9  | Angioplastica coronarica (PTCA)               | 00.66, 36.06, 36.07  |  |
| 10 | Endoarteriectomia carotidea                   | 38.12  |  |
| 11 | Intervento protesi d'anca                     | 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.85, 00.86, 00.87, 81.51, 81.52, 81.53 |  |
| 12 | Interventi chirurgici tumore del polmone      | 32.29, 32.3, 32.4, 32.5, 32.6, 32.9                                  | 162.x, 197.0                             |
| 13 | Colecistectomia laparoscopica                 | 51.23  | 574.x, 575.x                             |
| 14 | Coronarografia                                | 88.55, 88.56, 88.57  |  |
| 15 | Biopsia percutanea del fegato (*)             | 50.11  |  |
| 16 | Emorroidectomia                               | 49.46, 49.49   |  |
| 17 | Riparazione ernia inguinale (*)               | 53.0x, 53.1x   |  |

(\*) Qualora la prestazione venga resa prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio dovrà essere effettuato in tale *setting* assistenziale.

La Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie si riserva di fornire apposite Linee Guida per l'introduzione, in ogni singola Azienda o istituzione privata accreditata, di una procedura informatizzata per l'inserimento dei ricoveri nelle liste d'attesa che deve riguardare i criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Dette Linee Guida dovranno, altresì, prevedere l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi di attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (esempio informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora

si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità a cura del medico proponente.

### **3.3 Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali nell'Area Cardiovascolare ed Oncologica**

Le patologie cardiovascolari e quelle oncologiche costituiscono, insieme alle malattie respiratorie croniche (BPCO ed insufficienza respiratoria), le maggiori cause di mortalità e, da un punto di vista statistico e di economia sanitaria, le maggiori cause di morbosità e di ricovero ospedaliero.

Il progressivo accentuarsi di tali fenomeni impone una particolare attenzione agli stessi, in un'ottica che, tenuto conto del quadro epidemiologico, non può che essere "sistematica", ossia di "rete" integrata di servizi.

È convinzione oramai generalizzata che molti dei decessi dovuti alle suddette patologie, specie quelle cardiovascolari e respiratorie, potrebbero essere evitati sia con un'adeguata e capillare azione di prevenzione sia, per ciò che qui interessa, attraverso tempestivi interventi di diagnosi e cura da effettuarsi nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) delineati su modelli di integrazione territorio-ospedale ovvero, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, nell'ambito di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) o di Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA).

Ratio comune di tali protocolli operativi è quella di garantire al paziente l'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni di ricovero (PDTA) o ambulatoriali (PAC e APA) di cui lo stesso necessita, col coinvolgimento di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate.

#### **3.3.1 Area Cardiovascolare**

Con riferimento specifico all'Area Cardiovascolare, la Regione Calabria —con *Deliberazione di Giunta regionale 24 maggio 2010, n. 390*, avente ad oggetto <<Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di Rientro del servizio sanitario regionale della Calabria. DGR 16 dicembre 2009, n. 845. Gestione del rischio clinico. Percorsi per scompenso cardiaco e dolore toracico>> e con *Deliberazione di Giunta regionale 20 settembre 2010, n. 614*, avente ad oggetto <<Approvazione protocolli regionali per la prevenzione del tromboembolismo venoso in medicina e in ortopedia e traumatologia>>—, precorrendo i tempi di un interesse divenuto oggi pressante, ha già interpretato la summenzionata esigenza di approccio sistematico alle patologie di carattere cardiovascolare, dando delle soluzioni "a rete" che, se pure non ancora etichettate come PDT o PAC, rappresentano un importante precedente, tutt'ora valido.

Più recentemente, con *Decreto del Presidente della Giunta Regionale* nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro *21 giugno 2011, n. 47*, avente ad oggetto <<Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici>>, nell'ALLEGATO B, la Regione Calabria ha, fra le altre cose, definito alcuni Pacchetti Ambulatoriali Complessi di area cardiovascolare, delineando, di fatto, specifici percorsi diagnostico-terapeutici rispettivamente per le Malattie vascolari e periferiche (PAC 03), per l'Aterosclerosi (PAC 04), per l'Ipertensione arteriosa (PAC 05) e per Sincope e collasso (PAC 06).

Inoltre con DCA n. 213 dell'8 novembre 2018 avente ad oggetto <<Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per lo Scompenso cardiaco— Adempimenti Piano Operativo 2016/2018 punto 2.1.4.6>> la Regione Calabria ha, appunto, definito il PDTA relativo allo Scompenso cardiaco mentre con DCA n. 214 di pari data, avente ad oggetto <<Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'Ictus ischemico nella Regione Calabria— Adempimenti Piano Operativo 2016/2018 punto 2.1.3.2>>, è stato adottato il PDTA richiamato nell'oggetto.

Resta, comunque, inteso che, non esauendo gli interventi normativi di cui sopra il novero di tutte le patologie cardiovascolari e non potendo i percorsi già individuati essere ritenuti fungibili e quindi adattabili ad ogni patologia (essendo ognuna di esse suscettibile di un percorso diagnostico terapeutico dedicato) sarà cura della Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie implementare e migliorare il modello "a rete", secondo il seguente schema progressivo: a) prima visita specialistica; b) conferma sospetto clinico; c) individuazione PDT specifico; d) definizione modalità di attuazione del PDT che, ove preveda l'indicazione all'intervento chirurgico, dovrà comunque rispettare le classi di priorità per l'accesso al ricovero.

Naturalmente, in materia di Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali, la Regione Calabria si adeguerà alle indicazioni derivanti dal Sistema Nazionale Linee Guida e dai tavoli tecnici nazionali.

### 3.3.2 Area Oncologica

Con riferimento all'Area Oncologica, nel sopra richiamato *Decreto del Presidente della Giunta Regionale* nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro 21 giugno 2011, n. 47, avente ad oggetto <<Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici>>, nell'ALLEGATO B, la Regione Calabria ha definito un Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali (APA.21) inerente alla Biopsia della mammella.

Inoltre, con DCA n. 59 del 10 giugno 2015 avente ad oggetto <<Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per Chemioterapia e Litotrissia>> la Regione Calabria ha, appunto, definito il PAC indicato nell'oggetto.

Trattasi, evidentemente, di provvedimenti normativi che, lungi dal rappresentare un traguardo, costituiscono la base di partenza per ulteriori e più significativi interventi volti ad implementare e migliorare il modello "a rete" più volte richiamato.

Per come detto, in materia di Piani Diagnostico Terapeutici, la Regione Calabria si adegnerà alle indicazioni derivanti dal Sistema Nazionale Linee Guida e dai tavoli tecnici nazionali.

## 4. OBIETTIVI, STRATEGIE E STRUMENTI PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA

Nella consapevolezza che il presente PRGLA costituisce soltanto il punto di partenza verso la costituzione di un "sistema" complesso di principi, procedure e forme di controllo tutte protese all'azzerramento o, quanto meno, alla drastica riduzione del fenomeno delle liste d'attesa, la Regione Calabria si prefigge, nel medio/breve periodo, il perseguimento —anche attraverso la formalizzazione di progetti *ad hoc*— dei seguenti obiettivi, strategie e strumenti operativi:

### **4.1 Erogazione straordinaria di prestazioni in regime istituzionale**

In presenza di eccessivi ritardi nell'erogazione di determinate prestazioni in regime istituzionale, le Aziende del SRR possono, in via eccezionale e temporanea, concordare con i propri professionisti, l'erogazione delle prestazioni nelle ore serali e durante il fine settimana, previa autorizzazione regionale.

### **4.2 Libera Professione Aziendale (LPA)**

Qualora l'erogazione straordinaria di prestazioni in regime istituzionale non abbia sortito l'effetto voluto di riduzione dei tempi d'attesa, ferme restando le modalità di gestione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI), che prevedono l'erogazione di prestazioni erogate su richiesta e per scelta dell'utente a suo totale carico, le Aziende del SRR possono, in via eccezionale e temporanea, richiedere alla Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie, l'autorizzazione ad integrare l'offerta istituzionale con prestazioni, da concordare con i professionisti, rese in regime libero professionale e sostenute economicamente dalle Aziende stesse, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (*ticket*).

La Libera Professione Aziendale (LPA) deve essere svolta all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale, essa può prevedere l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

### **4.3 Blocco delle agende ALPI**

In caso di superamento del rapporto tra l'attività istituzionale e quella in ALPI sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi di cui al presente PRGLA, si attua il blocco delle agende di prenotazione ALPI, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

### **4.4 Monitoraggi e flussi informativi**

Uno strumento indispensabile per la rilevazione dei tempi d'attesa e la corretta gestione delle liste d'attesa vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- A. **Monitoraggio *ex ante* dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.** Per come previsto dalle <<Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi d'attesa>>, allegato B al PNGLA 2019/2021, il monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità *ex ante*, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'*articolo 2.1* del presente PRGLA.



Il monitoraggio dovrà essere effettuato da tutte le strutture pubbliche e private accreditate solo per le prestazioni di *primo accesso* e per le *classi di priorità B e D*.

Con decorrenza 2019 detto monitoraggio verrà eseguito a cadenza trimestrale e, in particolare, salva diversa comunicazione del Ministero della Salute, la prima settimana dei mesi di aprile, luglio ed ottobre dell'anno in corso e, limitatamente al quarto trimestre, la prima settimana di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Le strutture deputate al monitoraggio, dovranno trasmetterne i dati nei tempi indicati dal Ministero della Salute, al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie/Settore n. 8 Servizi ospedalieri, Emergenza-Urgenza, Rischio clinico.

Le Aziende Sanitarie Provinciali, nel cui ambito ricadono le strutture private accreditate, nel comunicare i dati di monitoraggio trimestrale dovranno precisare al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie la percentuale di concorso di dette strutture ai volumi complessivi delle prenotazioni.

Il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie/Settore n. 8 Servizi ospedalieri, Emergenza-Urgenza, Rischio clinico provvederà all'aggregazione dei dati acquisiti ed al loro trasferimento al Ministero della Salute (NSIS) entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana indice di rilevazione.

Per maggiori informazioni operative in ordine a tale tipologia di monitoraggio, si fa espresso rinvio alle su citate *Linee Guida*.

**B. Monitoraggio *ex post* dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.** Per come previsto dalle <<*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi d'attesa*>>, allegato B al PNGLA 2019/2021, il monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità *ex post*, viene effettuato attraverso il flusso informativo *ex art. 50, legge n. 326/2003*. Per tale tipologia di monitoraggio, si fa espresso rinvio alla normativa di riferimento ed alle su citate *Linee guida*.

**C. Monitoraggio *ex post* dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero erogate in regime istituzionale.** Per come previsto dalle <<*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi d'attesa*>>, allegato B al PNGLA 2019/2021, il monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero programmabile, in modalità *ex post*, viene effettuato mediante il flusso SDO.

Tale modalità prevede l'uso delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "*Tempi di attesa*": *Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili* tenuto conto dei campi "data prenotazione" e "classe di priorità".

Il monitoraggio, effettuato sulle SDO trasmesse al NSIS, ha per oggetto i ricoveri ospedalieri programmabili di cui al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019/2021, con riferimento ai quali verrà considerata, per ciascuna prestazione la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi d'attesa attribuiti alla classe di priorità A.

Per indicatori, formula e soglie di garanzia del monitoraggio si rinvia alle summenzionate *Linee guida*.

**D. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.** A norma dell'*art. 1, comma 282, Legge finanziaria 2006*, le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere non possono sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM 29 novembre 2001 (LEA).

È ammessa la sospensione soltanto in casi eccezionali, per motivi prettamente tecnici e, comunque, purché la prestazione, indisponibile in una data Unità operativa aziendale, non sia reperibile presso altra Unità operativa della stessa Struttura erogatrice pubblica o privata accreditata.

In quest'ultimo caso, per come previsto dalle <<*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi d'attesa*>>, allegato B al PNGLA 2019/2021, le Strutture erogatrici pubbliche o private accreditate sono tenute a segnalare immediatamente al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie/Settore n. 8 Servizi ospedalieri, Emergenza-Urgenza, Rischio clinico, la sospensione, per periodi superiori ad un giorno, delle attività di erogazione delle prestazioni di cui all'*articolo 2.1* del presente

## PRGLA.

In tutti i casi, è fatto salvo l'obbligo per dette strutture di effettuare al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie/Settore n. 8 Servizi ospedalieri, Emergenza-Urgenza, Rischio clinico un *report* semestrale entro la prima settimana di luglio dell'anno in corso, per il primo semestre ed entro la prima settimana di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, per il secondo semestre.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi sono oggetto di confronto e di individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale). A tal fine, le Strutture erogatrici pubbliche o private accreditate, tenendo anche conto di eventuali indicazioni della Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, devono espressamente prevedere nei propri Piani Attuativi i provvedimenti rimediali a dette situazioni di criticità, anche attraverso appositi protocolli operativi cui il CUP aziendale deve attenersi.

Non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Per quanto non espressamente esplicitato, si fa espresso rinvio alle su citate Linee guida.

- E. **Monitoraggio dei PDTA delle patologie cardiovascolari ed oncologiche con indicazione di altre Aree critiche.** Il monitoraggio dei PDTA sarà attuato secondo la metodologia che sarà indicata nelle *Linee guida* che saranno elaborate dall'Osservatorio nazionale sulle Liste d'attesa.
- F. **Monitoraggio *ex ante* dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime di ALPI.** Con *Decreto del Presidente della Giunta Regionale (DPGR) 4 agosto 2011, n. 71*, la Regione Calabria ha adottato il Piano Regionale ALPI, il cui *art. 13* prevede l'istituzione presso ciascuna Azienda sanitarie ed Ospedaliera della Regione di una Struttura che si occupi dell'Attività Libero Professionale Intramuraria, con particolare riferimento alle operazioni di raccolta di dati utili al monitoraggio periodico di detta attività.
- Tale monitoraggio, nelle more della revisione delle relative Linee guida ad opera dell'Age.Na.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui all'*art. 2.1* del presente *PRGLA* rese in regime di ALPI a totale carico dell'utenza e viene effettuato con caricamento dei dati sulla piattaforma messa a disposizione dal Ministero della Salute.
- G. **Monitoraggio della presenza sui siti Web delle Aziende del SSR di sezioni dedicate ai tempi e alle liste d'attesa.** In un'ottica di necessaria trasparenza verso l'utenza e, altresì, nella prospettiva del Monitoraggio previsto dall'*art. 6.7* del *PNGLA 2019-2021*, le Strutture erogatrici pubbliche e private accreditate sono tenute a pubblicare sul proprio sito Web una sezione dedicata ai tempi ed alle liste d'attesa. Al fine di uniformare tale adempimento, il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie/Settore n. 8 Servizi ospedalieri, Emergenza-Urgenza, Rischio clinico si riserva di fornire apposite indicazioni e specifiche.
- H. **Monitoraggio dell'effettiva inclusione nel sistema CUP di tutte le agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'ALPI).**

### 4.5 Implementazione del modello "a rete"

Stante la comprovata appropriatezza del modello "a rete" sperimentato in ambito cardiovascolare ed oncologico, la Regione Calabria si impegna ad implementare lo stesso mediante la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) finalizzati alla gestione programmata ed appropriata del paziente, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

### 4.6 Implementazione del modello CUP

L'esistenza ed il buon funzionamento di un Centro Unico di Prenotazione (CUP) costituisce l'unico strumento capace di mettere il cittadino nella condizione di poter consultare le agende di tutte le strutture erogatrici di una determinata prestazione ambulatoriale, offrendogli in tal modo la massima libertà di scelta, che potrà essere esercitata secondo diversi criteri: preferenza per una struttura specifica, vicinanza al luogo di residenza, rapidità dell'offerta della prestazione etc.

Al momento, il Sistema CUP regionale è strutturato su tre Aree —Nord, Centro e Sud— che includono, rispettivamente, le Aziende Sanitarie Provinciali, in esse incluse le Strutture private accreditate, e le Aziende Ospedaliere afferenti a tali territori regionali. In particolare:

- Area Nord: Comprende l’Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e l’Azienda Ospedaliera di Cosenza;
- Area Centro: Comprende le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia, l’Azienda Ospedaliera di Catanzaro e l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Mater Domini” di Catanzaro;
- Area Sud: Comprende l’Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria e l’Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

Nelle more della realizzazione di un CUP regionale integrato —trattasi del c.d. <<super-CUP regionale>> approvato con DGR n. 257/2010 e chiaramente ispirato alle *Linee guida nazionali* formalmente recepite dalla Regione Calabria con DPGR n. 126/2011— è intendimento della Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie stabilire proficui collegamenti tra i CUP delle tre Aree sopra indicate al fine di offrire all’Utenza di ogni Area territoriale la possibilità di fruire in tempi adeguati di prestazioni non disponibili nella propria Area territoriale di appartenenza, nel rispetto dei principi di prossimità e raggiungibilità.

Un apposito Gruppo tecnico di lavoro regionale curerà la redazione di un documento di indirizzo per l’attività dei CUP, con particolare riferimento, tra l’altro, alla gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali; alla gestione centralizzata di tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate; alla previsione di strumenti di sbarramento atti a minimizzare il rischio di prenotazioni multiple; alla gestione delle disdette delle prestazioni prenotate; al governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente, anche in punto di potenziamento del servizio di richiamata (*recall*); al sanzionamento della mancata disdetta di prestazioni prenotate e del mancato ritiro dei referti, alla visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi e sia per le prestazioni istituzionali che per quelle erogate in ALPI.

#### **4.7 Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva**

Uno strumento fondamentale di governo delle liste d’attesa è insito nella corretta formulazione delle prescrizioni da parte dei medici a ciò deputati.

La figura dei prescrittori, infatti, assume un ruolo fondamentale nel “sistema”, in quanto è proprio il prescrittore (medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale territoriale od ospedaliero) a costituire il primo approccio per il paziente, colui che provvede alla sua “accoglienza” ed “orientamento” nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale ed al successivo accompagnamento nel percorso diagnostico-terapeutico che scaturirà nella prescrizione.

Un’adeguata azione di filtro da parte dei medici prescrittori garantisce una prescrizione appropriata, che è tale non solo in punto —sostanziale— di esatta identificazione del quesito diagnostico, ma anche —dal punto di vista formale— con riferimento ai requisiti di chiarezza, completezza e conformità alle regole dettate dal Sistema.

Ai fini di una prescrizione appropriata, i medici prescrittori sono tenuti ad osservare precisi e puntuali obblighi, come di seguito compendibili:

##### **a. Corretta compilazione della prescrizione.**

È intendimento della Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute incentivare e, infine, rendere esclusivo l’utilizzo della ricetta elettronica o dematerializzata per la prescrizione di prestazioni sanitarie. Nelle more della realizzazione di tale sistema, si ritiene doveroso fornire alcune indicazioni per una corretta compilazione della prescrizione. Essa dovrà avvenire con l’impiego del personal computer e conseguente stampa ovvero mediante compilazione “manuale”. In quest’ultimo caso è raccomandato ai prescrittori di usare una grafia chiara e leggibile e, per i settori a lettura ottica, massima cura ed attenzione nella trascrizione dei caratteri numerici ed alfabetici, che devono essere riportati nelle apposite caselle in modo preciso, senza debordare dai contorni, con penne ad inchiostro nero o blu, senza correzioni e/o cancellature. Laddove vi siano caselle pre-compilate, destinate alla barratura, quest’ultima deve essere eseguita con un segno evidente (X o /) all’interno del cerchio e/o della casella oppure annerendo lo stesso evitando sbordature.

##### **b. Indicazione del quesito diagnostico o diagnosi.**

La richiesta di prestazioni specialistiche deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. L'indicazione deve essere espressa in una formulazione clinica coerente e facilmente comprensibile anche a soggetti non necessariamente provvisti di particolari competenze mediche (es. addetti al CUP).

L'assenza di quesito diagnostico azzerà l'eventuale priorità assegnata e determina l'automatica assegnazione alla classe <<P>>.

#### c. distinzione tra prima visita (o primo accesso) e visita successiva (specialistica ambulatoriale).

Fondamentale, ai fini dell'appropriatezza della prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale, è l'indicazione corretta della tipologia della prestazione richiesta: ossia, se trattasi di *prima visita* o di *visita successiva* (codice nomenclatore 89.01).

Per *prima visita* (primo accesso o primo esame) si intende il primo contatto che il paziente ha con la Struttura sanitaria per il proprio specifico problema di salute ovvero gli accessi di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia. Il medico prescrittore (MMG o PLS) deve obbligatoriamente indicare il relativo codice nomenclatore 89.7.

Per *visita successiva* (accesso successivo al primo o visita di controllo o *follow up*) si intende il controllo successivo ad un inquadramento diagnostico già concluso nonché la visita finalizzata ad un approfondimento diagnostico. Tale tipologia di prestazione è demandata in via esclusiva al medico prescrittore della struttura che abbia preso in carico il paziente con la prima visita, il quale deve obbligatoriamente indicare il relativo codice nomenclatore 89.01.

#### d. indicazione della classe di priorità (specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri).

Al pari dell'indicazione di cui al punto precedente, costituisce un elemento discriminante fondamentale, ai fini di una prescrizione appropriata, l'indicazione della classe di priorità cui la prestazione richiesta —sia essa di specialistica ambulatoriale o ricovero programmato— è da ascrivere.

Non possono essere prescritte sulla stessa impegnativa due prestazioni con priorità di accesso diverse.

In caso di mancata indicazione della classe di priorità, la prestazione richiesta è da intendersi di classe "P".

### **4.8 Implementazione dell'offerta**

Uno strumento intuitivamente ed inequivocabilmente appropriato di riduzione delle liste d'attesa è l'aumento dell'offerta di prestazioni, la quale può essere garantita attraverso diverse azioni mirate, alcune di competenza regionale, altre demandate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Pertanto, ogni azione necessita di opportune attività prodromiche mirate alla definizione delle criticità sistemiche, sulla scorta delle quali calibrare gli interventi.

In quest'ottica, viene demandato alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere —attraverso specifiche attività da prevedere nei rispettivi Piani Attuativi Aziendali (PAA)— il compito di individuare le prestazioni che presentano liste d'attesa particolarmente critiche, adottando come parametri di valutazione i volumi di attività, il numero di prenotazioni, il numero di utenti in attesa, l'orario di apertura degli ambulatori e il numero di sedute operatorie, il personale dedicato e la strumentazione utilizzata.

### **4.9 Apparato tecnologico-strumentale**

Con particolare riferimento alle prestazioni strumentali, un adeguato apparato tecnologico —sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo— rappresenta un indiscutibile strumento di rafforzamento dell'offerta pubblica nelle aree critiche e, per converso, di contenimento delle liste d'attesa.

A tal fine, si fa obbligo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di prevedere nei rispettivi Piani di Attuazione Aziendali:

- la garanzia dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
- l'attuazione di forme di monitoraggio della propria dotazione tecnologica strumentale al fine di accertarne l'adeguatezza alla domanda di prestazioni avanzata dall'utenza. Le informazioni periodicamente raccolte costituiranno elemento oggettivo nell'attività di pianificazione e programmazione degli investimenti in tecnologie ed in personale ad esse preposto nonché, per ciò che qui interessa, consentiranno di verificare il reale livello di produttività delle singole apparecchiature per

quelle prestazioni strumentali per le quali devono essere garantiti i tempi massimi d'attesa. I Piani Attuativi Aziendali devono prevedere un Piano di razionalizzazione per un efficiente utilizzo delle apparecchiature in base ai reali livelli di produttività riscontrati, prevedendo, se del caso, l'implementazione del numero di ore di funzionamento delle stesse (e conseguente impegno orario del personale addetto); la concentrazione delle strumentazioni ad alto livello tecnologico (TAC, RNM), sì da consentire un utilizzo più razionale delle stesse ed una minore dispersione di risorse; razionalizzazione dei processi di manutenzione, sostituzione delle macchine vetuste, etc.

È obiettivo della Regione Calabria utilizzare le informazioni fornite dai Piani Attuativi Aziendali per programmare interventi di ammodernamento della dotazione strumentale e tecnologica.

## 5. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere adottano un proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA) o aggiornano quello in uso in coerenza con quanto definito nello stesso PRGLA, che il PAA recepisce.

Il Piano Attuativo Aziendale deve, in ogni caso:

- essere trasmesso alla Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;
- essere pubblicato e costantemente aggiornato sul sito web aziendale;
- prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa sanitaria (*ticket*);
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 2.1 *Prestazioni Ambulatoriali* ad almeno il 90% dei pazienti richiedenti;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso il Sistema CUP;
- nelle more dell'introduzione dell'esclusività delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale mediante ricetta elettronica (o dematerializzata), garantire la correttezza e l'appropriatezza prescrittive (uso delle classi di priorità, obbligatorietà del quesito diagnostico, tipologia d'accesso);
- rispettare gli obblighi informativi e le tempistiche sull'andamento dei tempi d'attesa che la Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie indicherà con propri successivi atti;
- assicurare la massima diffusione delle informazioni in ordine all'accesso alle prestazioni ed ai tempi massimi di attesa, con specifica indicazione dei percorsi di garanzia approntati per le ipotesi di sfioramento dei tempi medesimi in ossequio al presente PRGLA. A tal fine è particolarmente indicato l'uso del sito web aziendale, della Carta dei Servizi e dell'URP nonché attraverso strutture di abituale accesso dei cittadini (es. ambulatori dei MMG e PLS, farmacie, parafarmacie etc.) ovvero campagne informative variamente concepite;
- rispettare le modalità e la tempistica dei flussi informativi e dei monitoraggi di cui al punto 4.4 del presente PRGLA;
- accollarsi l'onere delle prestazioni non direttamente erogabili entro il tempo massimo stabilito, in regime di LPA (*infra* 4.2);
- incentivare i potenziali soggetti prescrittori ad una prescrizione appropriata, secondo le indicazioni del presente PRGLA e degli eventuali documenti di indirizzo redatti dai Gruppi di lavoro tecnici istituiti dalla Regione Calabria/Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;
- definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero, che preveda criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso coerentemente alle indicazioni di cui alle <<Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili>> tracciate nell'ambito del Progetto Mattone "Tempi di attesa" nonché alla vigente normativa nazionale e regionale;
- effettuare il controllo sull'appropriatezza in aree critiche, attraverso la promozione ed il controllo dei PDTA, la messa a punto del modello CUP e l'implementazione, in vario modo, dell'offerta di prestazioni;

- adottare il Piano Aziendale di razionalizzazione e manutenzione delle apparecchiature tecnologiche;
- regolamentare la sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni sulla scorta delle indicazioni espresse dal presente PRGLA (*infra 4.4, lettera D*) sia in punto di monitoraggio che di rimedi.

La Regione Calabria, attraverso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, entro 30 giorni dal ricevimento del Programma Attuativo Aziendale, effettuerà la valutazione dello stesso, decretandone la validità o rimandandolo all'Azienda con eventuali indicazioni.

La Regione Calabria, inoltre, sempre attraverso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, effettuerà il monitoraggio periodico in ordine allo stato di attuazione delle attività programmate, predisponendo le azioni correttive ritenute idonee a fronteggiare eventuali anomalie o criticità.

## 6. INFORMAZIONE

La Regione Calabria s'impegna a dare adeguata informazione di tutte le iniziative e dei dati inerenti alle liste d'attesa, in via sistematica attraverso il proprio sito *web* istituzionale ovvero i siti, le Carte dei Servizi e gli UU.RR.P delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere; in via occasionale attraverso campagne informative variamente concepite.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail, positioned on the right side of the page.